WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. welMOmec
Call No. pam QT255 1907 L88n

Nicht im Buchhandel.

Lissen, H

Separat-Abdruck

aus dem

# Archiv

für

# Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie

V. Band. 2. u. 3. Heft.

Herausgegeben

von

**Dr. J. Riedinger,**
Dozent in Würzburg.

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

## Diagnose
der
# Chirurgischen Nierenerkrankungen
unter
## Verwertung der Chromocystoskopie.
Von
Professor Dr. **Fritz Voelcker** in Heidelberg.

*Mit 50 Abbildungen im Text. — Mk. 4.60.*

. . . Nicht unterlassen möchte ich, darauf hinzuweisen, dass das Buch noch weit mehr enthält, als was der Titel besagt. Wir finden in ihm eine sehr instruktive Darstellung des Wesens und der Hauptsymptome der Niereninsuffizienz, sowie eine Kritik der verschiedenen Methoden ihrer Erkenntnis; ferner gelegentlich der einzelnen Gruppen von Nierenleiden, wichtige diagnostische Exkurse allgemeinen Inhalts, welche zum Teil für den nicht spezialistischen Kliniker von Bedeutung sind. Besonders gilt dies für die Darstellung der Nierentuberkulose und der Wanderniere. Besonders in dem dieser Krankheit gewidmeten Abschnitte bemüht sich Verfasser, zum Teil auf Grund eigener Untersuchung, eine Erklärung der noch nicht genügend aufgeklärten Pathogenese der Wanderniere zu geben. Wir können das Studium der Monographie jedem Kollegen, der sich mit den modernen Methoden der Nierendiagnostik vertraut machen will, nicht dringend genug empfehlen. *Allgemeine med. Zentral-Zeitung 1906. Nr. 45.*

## Über Missbildungen
der
# Menschlichen Gliedmassen
und
## ihre Entstehungsweise.
Von
Professor Dr. **Ferdinand Klaussner,**
Vorstand der chirurgischen Universitäts-Poliklinik in München.

**Mit zahlreichen Abbildungen. — Preis Mk. 8.—.**

*Neue Folge. Mit 32 Abbildungen. — Preis Mk. 2.—*

## Über Missbildungen der menschlichen Gliedmassen
(Neue Folge).
Von
Prof. Dr. **F. Klaussner** in München.

*Mit 32 Abbildungen. — Preis Mk. 2.—.*

LOSSEN

1907
Separatabdruck aus d. Archiv f. Orthop., Mechanoth. u. Unf.-Chir., V. Bd., H. 2/3.

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY

VIII.

# Ein neuer Daumenbewegungsapparat.

Bemerkungen zur Frage der Apparatbehandlung

von

Dr. **H. Lossen** in Darmstadt.

Mit 1 Abbildung im Text.

WELLCOME INSTITUT LIBRARY
Coll. WellMOmec
Call No. pam QT25 1907 L88n

Sind eigens konstruierte Apparate zur Nachbehandlung von Verletzungen überhaupt nötig? Die meisten praktischen Ärzte werden diese Frage ohne weiteres verneinen, und in der Tat muss man zugestehen, dass zur Mobilisierung einzelner Gelenke es besonderer Apparate nicht bedarf oder, sagen wir lieber gleich, es nicht bedürfen sollte. Ein verständiger, auf die Wiederherstellung der verloren gegangenen Funktion verletzter Glieder bedachter, normaler Mensch hat keine Apparate nötig. Er weiss, was ihm an Bewegungsfähigkeit, Kraft und Geschicklichkeit fehlt und wird durch allmähliche Übung das erreichen, was eben zu erreichen ist. Stehen ihm Apparate zur Verfügung, so erleichtern sie ihm nur seine Arbeit und er wird rascher zum Ziel gelangen als ohne solche. Die Fortschritte, welche er macht, kann er ziffermässig konstatieren, wie dies bei den Streck- und Beugeapparaten von Trennert, aber auch an den Zander- und Herz'schen Apparaten der Fall ist, sei es durch die allmählich mögliche Steigerung der Belastung oder durch Vergrösserung der Exkursionsbreite. Dies wirkt sicherlich ermunternd. Ich sagte oben absichtlich, ein verständiger und williger Patient, aber deren dürften es selbst in der Privatpraxis nicht allzuviele sein. Die meisten Verletzten sind ängstlich oder ängstlich gemacht — mitunter sogar durch den Arzt — sind nervös und energielos, besitzen nicht die nötige Geduld und Ausdauer. Bei diesen wird sicherlich mehr erreicht, wenn uns bei der Nachbehandlung geeignete Apparate zur Verfügung stehen.

Nun kommt aber noch die grosse Zahl versicherter Unfallverletzter, denen an ihrer Wiederherstellung nichts oder nur wenig liegt, von denen manche sogar allen Massnahmen einen gewissen passiven Widerstand entgegensetzen; bei diesen Patienten kommen wir ohne Apparate überhaupt nicht aus.

Ich will hier noch gar nicht einmal anziehen, dass es für den Arzt ein Ding der Unmöglichkeit ist bei einer grösseren Anzahl Unfallverletzter ein-

gehend, sachgemäss und gründlich Bewegungsübungen und Mobilisierungsversuche persönlich vorzunehmen. Schon bei einem einzelnen Patienten hat ein einigermassen beschäftigter Arzt keine Zeit, mehrmals täglich die entsprechenden Übungen zu leiten. Ich habe des öfteren in Gutachten zu lesen bekommen „Rubrikat ist angewiesen sich täglich selbst zu massieren“ oder „die Massage wird von den Angehörigen besorgt.“ Der betreffende Kollege gibt sich einer grossen Selbsttäuschung hin. Es fällt dem Verletzten gar nicht ein, sich selbst zu massieren oder von seinen Angehörigen sich massieren zu lassen, und wenn es auch der Fall wäre, was kann man von einer derartigen Laienmassage erwarten? Ein andermal heisst es „die nötigen aktiven und passiven Bewegungen und Übungen werden zu Hause vorgenommen.“ Mit welchem Resultat, weiss jeder, der Unfallverletzte später zu behandeln und zu begutachten hat.

Dass die von Zander angegebenen Apparate ebenso wie die von Herz (nach einem anderen Prinzip konstruierten) bei der Nachbehandlung von Verletzten eine grosse Rolle spielen, kann man nicht gut in Abrede stellen. Dieselben sind nicht zu ersetzen. Selbst Witzel, der noch in einem „Bericht über die Bonner berufsgenossenschaftliche Heilanstalt vom 1. April 1891—1894 „die einfachsten Gerätschaften für aktive Bewegungen und Übungen als die besten bezeichnet hat, dürfte jetzt wohl zu Zander-Apparaten übergegangen sein und partizipiert an der Leitung des medico-mechanischen Instituts im neuen städtischen Krankenhause zu Düsseldorf.

Die Zander-Apparate sind nämlich die einfachsten und besten für alle Bewegungsübungen, nicht die kümmerlichen Imitationen derselben, wie man sie so häufig sieht, und die von den verschiedensten Firmen als medico-mechanische Apparate angepriesen werden. Auf diese Behelfe kann man allerdings verzichten, denn eigentlich unterscheiden sie sich kaum von gelegentlichen Improvisationen, von Erfindungen wie z. B. der „Velotrab“ oder der Müllersche „Autogymnast“ usw., Spielereien, die zudem den einfachsten Anforderungen einer rationellen Heilgymnastik direkt Hohn sprechen.

Zur eigentlichen Mobilisierung versteifter Gelenke eignen sich die Zander-Apparate wenig. Zander hat wohl kaum an die lokale Nachbehandlung chirurgischer Fälle gedacht, als er an die Konstruktion der einzelnen Apparate seines Systems herantrat. Ihm war es lediglich darum zu tun, die Bewegung als solche in die Therapie einzuführen, sie lokalisierbar und dosierbar zu gestalten. Diese Aufgabe hat er glänzend gelöst. Wenn wir bei der Nachbehandlung Unfallverletzter Übungen an den Zander-Apparaten vornehmen lassen, so ist es uns in erster Linie um eine Zunahme der Muskelkraft und eine Hebung des Allgemeinbefindens des Verletzten, eine Besserung der Zirkulation zu tun. Man vergisst so häufig, dass ein Verletzter, der eben das Krankenhaus mit gutem Resultat verlässt, doch noch lange nicht imstande ist, wieder an die Ausübung seines Berufes zu gehen, selbst wenn keine Bewegungsbeschränkung vorhanden ist. Der Chirurg kann mit seinem Erfolg sehr zufrieden sein, und der Patient selbst noch ausser Stande, irgendwelche Arbeit zu leisten, weil sein Allgemeinbefinden

gelitten und seine Leistungsfähigkeit gesunken ist trotz normaler Funktion des verletzten Gelenkes oder Gliedes. Gerade für solche Fälle ist die Zandergymnastik wie geschaffen und leistet uns hervorragende Dienste. Sie setzt allerdings bei den aktiven Übungen voraus, dass der Verletzte will. Es finden sich immer Patienten, die — so widersinnig es ist — behaupten, sie vertrügen die Übungen nicht. Leider gibt es ja auch Ärzte, welche der Ansicht sind, derartige Übungen seien zu anstrengend, und ihre Klientel direkt davor warnen. Das beweist jedoch nur, dass sie von der Sache nichts verstehen, und wenn man genauer nachforscht, findet man stets auch noch andere Gründe für ihre Anschauung.

Was die eigentliche chirurgische Nachbehandlung von Verletzungen betrifft, so sind jedenfalls die von Kruckenberg angegebenen Pendelapparate den Zander'schen überlegen, schon weil man bei ihnen weniger auf den doch meist recht fraglichen Willen des Patienten angewiesen ist. Beim einfachen Pendeln vergrössert sich leicht der Exkursionswinkel, ohne dass dem Übenden etwas darüber einfällt, also unwillkürlich.

Man braucht nur seine Leute während den Übungen an den Apparaten verschiedener Systeme zu beobachten. So gut z. B. die Tennert'schen Apparate konstruiert sind, so wenig leisten sie bei der Nachbehandlung versicherter Unfallverletzter gewöhnlichen Schlages. Der Pendel dagegen, mit sicheren Fixationsvorrichtungen, oder die schwingende Feder nach Herz ist hier das einzig Richtige, wenn man die Bier-Klapp'schen Saugapparate nicht mitkonkurrieren lassen will.

Auch der neue Daumenbewegungsapparat der bekannten Firma Rossel, Schwarz & Cie. in Wiesbaden ist ein Pendelapparat, der gleichzeitig als Widerstandsapparat gebaut ist — nach Prinzipien, wie ich sie bereits in diesem Archiv, II. Bd. I. Heft beschrieben habe, so dass die Mobilisation des Daumens durch eine passive Pendelbewegung und die Kräftigung der Daumen-Muskulatur durch eine dosierbare Widerstandsbewegung vorgenommen werden kann. An einer, auf einem Stativ in zwei Lagern mit Stahlkugeln gelagerten, Welle ist auf der einen Seite die Stellscheibe angebracht, welche gleichzeitig den Pendelstab F mit dem verstellbaren Pendelgewicht trägt. Wenn dieser Pendelstab auf den Punkt P der Stellscheibe eingestellt ist, so ist der Apparat als Pendelapparat zu gebrauchen. Andere Punkte, die ebenfalls auf der Scheibe festgelegt sind, bezeichnen die Widerstandsbewegung rechts oder links. Bei Punkt E ist ein Handgriff an der anderen Seite der Welle angebracht, welcher es ermöglicht, die Bewegung rein passiv als Streck- oder Beugebewegung durch die andere Hand des Patienten vornehmen zu lassen. Die zu übende Hand ist so gelagert, dass der Unterarm bei Punkt D fixiert ist und die Finger bei Punkt C ebenfalls eine gute Fixation erfahren, so dass die Bewegungsfreiheit des Daumens vollständig bewahrt bleibt. Die Lagerung der Fingerspitzen C ist durch eine schräg nach oben gehende Schraube in ihrer Höhe verstellbar. Die Fixation des Daumens geschieht durch eine sinnreiche, in der Weite verstellbare Fingerhülse A, so dass auch geschwollene Daumen gut fixiert werden können. Diese Fingerhülse A ist

auf einem vertikal stehenden Zapfen in der Höhe verstellbar angeordnet, um die beiden Daumengelenke jedes separat für sich behandeln zu können. Der Zapfen selbst ist in seinem Anfangs-Punkte, wo er anf dem Segment B aufsitzt, drehbar. Diese Anordnung entspricht genau den physiologischen Verhältnissen des ersten an der Hand befindlichen Daumengelenkes, da die Beugung dieses Gelenkes mit einer kleinen Drehung des Daumens vor sich geht. Das Segment B, welches die Daumenfixation trägt, ist graduiert, so dass es bei diesem Apparat möglich ist, den Daumen in jeder Stellung zur Hand in Angriff zu nehmen, was bei Nachbehandlung Unfall-Verletzter ausserordentlich wichtig ist. Der Apparat ist so gebaut, dass sowohl der Daumen der rechten als auch der linken Hand ohne weitere Umstellung behandelt werden kann, und entspricht somit allen Anforderungen, welche man an einen heilgymnastischen Apparat stellen muss.

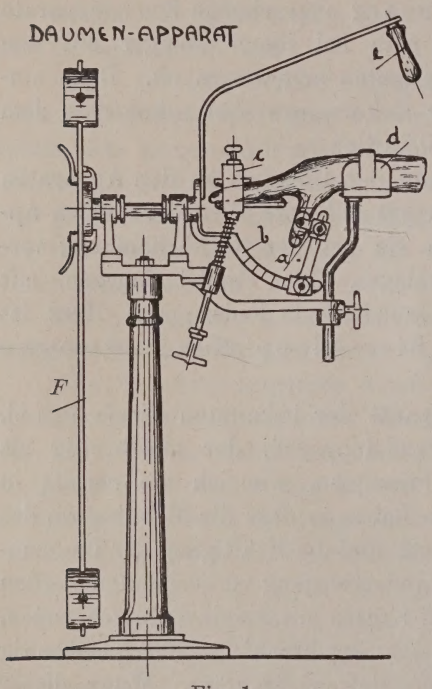

Fig. 1.

Jedenfalls ist durch die Konstruktion eines speziellen Apparates zur Mobilisierung des Daumens eine Lücke ausgefüllt, die jeder Kollege, der sich mit Nachbehandlung Unfallverletzter beschäftigt, empfunden haben wird.

Wenn ich hier wiederum nur einen Apparat beschreibe und empfehle, so glaube man deshalb nicht, dass ich bei der Nachbehandlung Verletzter lediglich auf Mechanotherapie im engeren Sinne schwören würde. Im Gegenteil, ich stehe völlig auf dem Standpunkt Thiem's, des Nestors der Unfallheilkunde, der erst kürzlich wieder auf der 78. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Stuttgart (18. September 1906) einer kombinierten Nachbehandlung das Wort geredet hat.

Unfallverletzte sind Kranke, die mit einer ganz besonderen, jedenfalls eigenartigen, Sorgfalt behandelt werden müssen, ja man kann wohl sagen, dass die Unfallheilkunde schon heute ein Spezialgebiet geworden ist, nicht nur in theoretischer und wissenschaftlicher Hinsicht, sondern vor allem auch, was die eigentliche Therapie betrifft. Mit der reinen mediko-mechanischen Behandlung kommt man nicht aus, ganz abgesehen davon, dass trotz allen Mahnungen seitens der Ärzte die meisten Berufsgenossenschaften bis zur Stunde noch nicht an eine rechtzeitige, früh einsetzende Nachbehandlung denken.

Das unglückselige Wort „mediko-mechanische Behandlung" hat in der Tat mehr Unheil als Nutzen gestiftet. Bei einer rationellen Nachbehandlung Verletzter spielen — von der chirurgischen Seite der Frage abgesehen — rein mechanotherapeutische Massnahmen allerdings eine Hauptrolle. Im

übrigen aber werden wir sämtliche Faktoren der physikalischen Therapie, einzeln für sich oder miteinander kombiniert, anzuwenden haben. Ich habe an anderer Stelle wiederholt hierauf hingewiesen. Wenn die Berufsgenossenschaften sich die Nachbehandlung eines Verletzten seither meist als medikomechanisch vorgestellt, und dementsprechend ihre Fragestellung im Gutachten zugeschnitten haben, so ist das zwar begreiflich, andererseits aber auch recht bedauerlich, denn in vielen Fällen hätte dem Verletzten doch durch anderweitige Behandlungsmethoden recht gut geholfen werden können, die gleichfalls zu Hause nicht durchführbar sind. Ganz abgesehen von den eigentlichen Bewegungsübungen und der Massage sind die verschiedensten hydrotherapeutischen Prozeduren, Heissluftbäder, Anwendung der Bier-Klapp-schen Apparate usw. von nicht zu unterschätzendem Wert. Ja, ich habe sogar mit recht gutem Erfolg Verletzte mit Quetschungen der Rückenmuskulatur, welche behaupteten keinerlei Übungen an den Apparaten vornehmen zu können, nach vorausgeschickter Hyperämisierung die einfachen Klapp'schen Kriechübungen machen lassen. Das schien ihnen leicht und einfach zu sein, besonders wenn man die Übung anfangs nicht über ein paar Minuten ausdehnt. Natürlich muss man den Leuten zureden, ihnen den verloren gegangenen Mut, die Hoffnung auf Genesung und Wiederherstellung wieder beibringen können, mit anderen Worten auch ein gut Teil Psychotherapie zu treiben verstehen, dann werden die Erfolge nicht ausbleiben. Wesentlich unterstützend wirkt mitunter, wenn in der Anstalt nicht ausschliesslich nur Unfallverletzte der Genossenschaften zur Behandlung erscheinen, sondern auch Privatpatienten. Nur muss man sich hüten bei Durchführung der Behandlungsweise hier irgend einen Unterschied zu machen. Der eine muss genau dieselben Rechte haben wie der andere, die gleichen Räume, die gleichen Apparate usw. und vor allem — die gleiche Behandlung seitens der Ärzte und des Personals.

Primitive Einrichtungen imponieren heutzutage auch den verletzten Arbeitern nicht mehr. Gerade diese haben sogar mehr Empfinden und besseres Verständnis für solide Ausführung und gute Konstruktion, wie die gut situierten Kreise, die mit allem vorlieb nehmen und für alles sich begeistern, wenn die Reklame dafür sorgt. Das Kurpfuschertum wäre nicht in solcher Weise in die Höhe gekommen, wenn nicht gerade die Gebildeten und Wohlhabenden sich ihm in die Arme geworfen hätten. Das reisst die Anderen natürlich mit. Dass so und so viel Patienten „gemüllert“ haben und noch „müllern“, selbst wenn es ihnen recht unzuträglich ist, dagegen haben die wenigsten Ärzte etwas einzuwenden; aber „zandern“, das ist bedenklich — zum mindesten überflüssig —; ein Spaziergang, ein paar Freiübungen, also Zimmergymnastik, mehr braucht man nicht!

Wir wollen diese Frage zu entscheiden dem besten Kritiker, dem Erfolg überlassen.

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

# Die geburtshülflichen Operationen.

## Unter Mitwirkung von Fachgenossen

herausgegeben von

Geh. Rat Professor Dr. **von Winckel** in München.

**(Dritter Band erste Abteilung des Handbuchs der Geburtshülfe.)**

*Mk. 22.60, geb. Mk. 24.60.*

Auszug aus dem Inhaltsverzeichnis.

**Einleitung. Einteilung der geburtshülflichen Operationen. Instrumentarium. Aseptik und Antiseptik. Indikationsstellung. Assistenz. Operationslagerung. Narkose. Ratschläge nach vollendeter Entbindung (Nahtanlegung: atonische Nachblutung).** Von *Th. Wyder*, Zürich. (Mit 3 Abbildungen im Text.)

### A. Vorbereitende Operationen.

**Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft.** Von *O. Sarwey* in Tübingen.

### B. Operationen zur Beseitigung von Geburtshindernissen.

I. **Die blutige Erweiterung des Scheideneingangs (Episiotomie) und der Scheide.** Von *Th. Wyder* in Zürich.

II. **Die künstliche Erweiterung des unteren Uterusabschnittes.** Von *Th. Wyder* in Zürich.

III. **Die Wendungsoperationen.** Von *A. O. Lindfors* in Upsala.

IV. **Die kombinierte (innere und äussere) Wendung nach Braxton-Hicks.** Von *F. v. Winckel* in München.

V. **Die manuelle Umwandlung der Gesichts- und Stirnlage in Hinterhauptslage.** Von *O. v. Franqué* in Prag.

VI. **Perforation und Kranioklasie.** Von *B. Kroenig* in Freiburg.

VII. **Dekapitation. Embryotomie.** Von *B. Kroenig* in Freiburg.

VIII. **Symphyseotomie.** Von *B. Kroenig* in Freiburg.

IX. **Die Reposition vorgefallener kleiner Kindsteile.** Von *O. v. Franqué* in Prag.

X. **Reposition der vorgefallenen Nabelschnur.** Von *O. v. Franqué* in Prag.

### C. Entbindende Operationen.

I. **Die Herausbeförderung des unverkleinerten Kindes auf natürlichem Wege.** Von *Th. Wyder* in Zürich.

II. **Die Herausbeförderung des Kindes auf künstlich geschaffenem Wege.**

A. **Der vaginale Kaiserschnitt.** Von *A. Dührssen* in Berlin.

B. **Der Kaiserschnitt nach Porro und seine Modifikationen.** Von *F. Schenk* in Prag.

C. **Der erhaltene Kaiserschnitt.** Von *F. Kleinhans* in Prag.

III. **Die künstliche Lösung der Placenta.** Von *P. Strassmann* in Berlin.

IV. Anhang: **Die geburtshülflichen Anästhesierungsmethoden.** Von *Th. Wyder* in Zürich.

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

# Über Blasenektopie.

Von

Professor Dr. **Enderlen** in Basel.

*Mit 17 Abbildungen im Text und 5 Tafeln.*

Preis *Mk. 18.60.*

Inhalts-Verzeichnis.

I. Einleitung und anatomische Befunde der Blasenektopie.
II. Ätiologie der Blasenektopie.
III. Übersicht der Entwickelungsgeschichte der Blase.
IV. Entwickelung der Blase nach den Modellen des Marburger anatom. Instituts
V. Eigene Fälle einfacher und komplizierter Blasenektopie.
VI. Partielle Blasenspalte.
VII. Vorfall der ungespaltenen Blase.
VIII. Doppelte Harnblase.
IX. Missbildungen des Penis und der Harnröhre.
X. Histologie der ektopierten Blasenwand.
XI. Schlussbetrachtungen.
XII. Literaturverzeichnis.
XIII. Tafelerklärung.

1. Modelle (Fig. 1—13). 2. Histologie (Fig. 14—17). 3. Bauchblasenspalte (Fig. 18—30). 4. Stereoskopische Bilder der Modelle (Beilage).

# Über das psychische Verhalten des Arztes und Patienten vor, bei und nach der Operation.

Von

Prof. Dr. **F. Klaussner**

in München.

*Mk. 1.—.*

Aus Besprechungen:

Goldene Worte für junge Chirurgen, die in ihrem Berufe neben dem Messer das eingehendste Sichhineinversetzen in die Psyche ihrer Kranken für das wichtigste Moment halten sollen, um wahrhaft helfende Ärzte zu sein. Das feine und tiefe Gemüt des Verfassers offenbart sich in den warmen, schlichten Worten, in denen die Broschüre zu den jungen Kollegen redet. In der Tat verliert das Messer bei dem Kranken manchen Schrecken, wenn es aus einem Herzen vorgeschlagen und von einer Hand geführt wird, wie sie der Verfasser der Schrift von deren Lesern wünscht. Wir meinen, nicht nur junge Kollegen sollen die warmen Worte Klaussners beherzigen: auch manch alter Chirurg, den sein spezielles Arbeiten vielleicht etwas abgestumpft hat und der den psychischen Einfluss des Arztes auf die zu operierenden Kranken zu unterschätzen geneigt ist, wird der Lektüre des Büchleins Anregung und vielleicht auch eine Stunde der Einkehr verdanken. *Münch. mediz. Wochenschrift.*

Druck der Kgl. Universitätsdruckerei von H. Stürtz in Würzburg.